



Corte III
C-4008/2015

Sentenza del 18 dicembre 2017

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michela Bürki Moreni e Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentata dall'avv. Egidio Vergine e dall'avv. Silvia Di
Noia,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; revisione della rendita ai sensi
delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011
della LAI (decisione del 18 maggio 2015).

Fatti:**A.**

Il 12 ottobre 2001, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Canton B._____ (Ufficio AI) ha deciso di erogare in favore di A._____ – cittadina italiana, nata il (...; doc. 2) – una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a far tempo dal 1° settembre 1999 (doc. 18). Nella motivazione della decisione (doc. 15), l'Ufficio AI ha indicato che l'interessata – affetta da cervicobrachialgie a sinistra nel contesto di una compressione radicolare C6-C7, tendinopatia del muscolo sottospinoso e talalgie inferiori a destra (v. i rapporti medici del maggio 2001 [doc. 11 e 12]) – presentava una completa incapacità al lavoro sia nell'esercizio di un'attività lucrativa a tempo parziale (l'interessata è stata considerata salariata nella misura di almeno l'80% quale gerente di un chiosco, addetta alle pulizie e portinaia; doc. 14) sia nel compimento delle consuete mansioni domestiche. Il diritto alla rendita intera d'invalidità è poi stato confermato con comunicazione del 17 settembre 2004 (doc. 27; v. il rapporto medico dell'agosto 2004, in cui è stata posta la diagnosi di stato ansioso depressivo reattivo e riferito di una fase più dolorosa [doc. 26]).

B.

Il 2 aprile 2007, a seguito del rimpatrio dell'assicurata, l'Ufficio AI ha trasmesso l'incarto all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. 29). Con comunicazione del 31 agosto 2009 (doc. 52), l'UAIE ha confermato il diritto alla rendita intera d'invalidità (v. il rapporto dell'agosto 2009 del medico dell'UAIE [doc. 51], in cui è indicato che il quadro clinico era caratterizzato da uno stato di dolore diffuso e che la documentazione medica assunta agli atti riferiva di una fibromialgia e di una nevralgia [doc. 41 e 42]).

C.

C.a Il 23 agosto 2012, l'UAIE ha avviato la prevista procedura di revisione della rendita (doc. 53). Nei rapporti del 3 e 24 settembre 2012, i medici dell'UAIE hanno indicato che la rendita assegnata all'interessata lo è stata sulla base di una sindrome senza patogenesi né eziologie chiare e senza la constatazione di un danno organico, i dolori lamentati dalla stessa essendo imputabili ad un disturbo somatoforme indifferenziato e ad una fibromialgia. Hanno proposto l'effettuazione di una perizia con valutazione in reumatologia e in psichiatria (doc. 54 e 56; v. anche doc. 58).

C.b Il 28 maggio e 19 luglio 2013, l'interessata ha prodotto un rapporto psichiatrico del 18 maggio 2013, un rapporto fisiatrico del 24 maggio 2013 ed un certificato medico del 19 luglio 2013 (doc. 63, 64 e 67).

C.c Nella perizia pluridisciplinare del 27 novembre 2014 del SAM (doc. 89), i periti hanno posto la diagnosi segnatamente di sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4 secondo l'ICD 10), sensibilizzazione al gruppo delle sostanze contenenti tiurami (gomme) e iperreattività bronchiale (con influo sulla capacità lavorativa) nonché di personalità emotiva con spiccati tratti istrionici e sospetta reazione tendenziosa alla malattia, sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale a sinistra con alterazioni degenerative C5-C6 e C6-C7, periartropatia omeroscapolare tendinopatica a sinistra, lombalgie con componente spondilogeno alla gamba sinistra su minime alterazioni di tipo statico, sospetta sindrome del tunnel carpale, fibromialgia primaria con emisindrome dolorosa a sinistra e sovrappeso (senza influo sulla capacità lavorativa). I medici hanno ritenuto che l'esercizio della precedente attività di ausiliaria alle pulizie non è più esigibile, ma che l'interessata presenta una capacità al lavoro medico-teorico del 90% (orario di lavoro normale con riduzione del rendimento) sia nella precedente attività di portinaia e gerente di un chiosco sia in un'attività confacente allo stato di salute. Hanno altresì considerato che la medesima è completamente abile al lavoro quale casalinga.

C.d Nel rapporto del 21 dicembre 2014, il dott. C._____, specialista in medicina generale, medico dell'UAIE, ha ritenuto, in virtù della succitata perizia, che lo stato di salute è rimasto invariato e che non è desumibile la presenza di una grave comorbidità somatica. Ha concluso ad una capacità al lavoro del 90% sia nella precedente attività di collaboratrice presso un chiosco sia in un'attività sostitutiva adeguata a decorrere dal 23 settembre 2014 (data della perizia medica; doc. 93).

C.e Nel rapporto del 15 gennaio 2015, il dott. D._____, specialista in psichiatria, medico dell'UAIE, ha rilevato, sulla base della menzionata perizia, che l'interessata dispone delle capacità per sormontare i dolori da disturbo somatoforme e che dagli atti non è desumibile la presenza di una componente psichica e neppure una perdita di integrazione sociale. Secondo il medico, la sindrome somatoforme da dolore persistente non ha alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Il dott. D._____ ha quindi ritenuto esigibile, dal profilo psichico, a far tempo dal 23 settembre 2014, l'esercizio sia della precedente attività sia di un'attività confacente allo stato di salute. Per il resto, ha rinviato alla presa di posizione del dott. C._____ (doc. 96).

C.f Nel rapporto del 22 febbraio 2015, il dott. C._____ ha poi segnalato che i periti non hanno constatato all'esame internistico la presenza di alcun segno patologico riconducibile ad una malattia polmonare o bronchiale. Secondo il medico, non sussiste, dal profilo polmonare, alcuna malattia invalidante (doc. 99).

C.g Il 10 marzo 2015, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, dopo avere constatato, in virtù della perizia pluridisciplinare del 27 novembre 2014, che il disturbo da dolore somatoforme di cui l'interessata soffre non costituisce una malattia invalidante, che l'interessata dispone delle capacità per sormontare il dolore, che la stessa presenta un'incapacità al lavoro del 10% sia nella precedente attività sia in un'attività confacente allo stato di salute, che il compimento delle mansioni consuete di casalinga è esigibile al 100% e che il grado d'invalidità complessivo, in funzione dell'impedimento nell'esercizio di un'attività lucrativa e nello svolgimento dell'attività di casalinga, è dell'8%, ha comunicato all'assicurata che, ai sensi delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, non esiste (recte non sussisterebbe) più un diritto ad una rendita d'invalidità (doc. 100).

C.h Con presa di posizione del 7 aprile 2015 (doc. 108), l'interessata si è doluta di un'errata valutazione delle sue condizioni di salute. Ha esibito documenti medici da novembre del 1997 a marzo del 2015 (doc. 104 a 107).

C.i Nel rapporto del 27 aprile 2015 (doc. 111), il dott. C._____ ha rilevato che il certificato medico del marzo 2015 (doc. 107) non apporta nuovi elementi clinici suscettibili di modificare la sua precedente presa di posizione.

D.

Il 18 maggio 2015, l'UAIE ha deciso che, ai sensi della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, l'interessata non ha più diritto ad una rendita d'invalidità dal 1° luglio 2015 (doc. 115).

E.

Il 23 giugno 2015, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 18 maggio 2015 mediante il quale ha chiesto che sia ripristinato, con effetto al 1° luglio 2015, il suo diritto a percepire una rendita intera d'invalidità svizzera. Si è doluta di un'errata valutazione delle sue condizioni di salute. Segnala che, secondo i documenti medici allegati (già agli atti, salvo un rapporto otorinolaringoiatrico del gennaio 2013), vi è stato un peggioramento del suo stato di salute e le patologie di cui è affetta giustificano un'invalidità del 100% (doc. TAF 1). Il 16 agosto 2015, l'insorgente ha versato l'anticipo spese richiesto

(doc. TAF 2 a 4 e 6). Il 2 settembre 2015, ha poi esibito un rapporto reumatologico del 24 luglio 2015, un rapporto pneumologico del 24 luglio 2015 ed un referto di spirometria del 24 luglio 2015 (doc. TAF 6).

F.

F.a Nel rapporto del 16 novembre 2015, la dott.ssa E._____, specialista in psichiatria, medico dell'UAIE, ha confermato, sulla base dei dettami della giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla sentenza DTF 141 V 281 concernente i disturbi psicosomatici, le conclusioni della perizia psichiatrica del novembre 2014 e della presa di posizione del dott. D._____ del gennaio 2015, secondo cui, dal profilo psichico, l'incapacità al lavoro dell'interessata non supera il 10% (doc. TAF 10).

F.b Nella risposta al ricorso del 30 novembre 2015, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. Secondo i rapporti del dicembre 2014 e del gennaio, febbraio ed aprile 2015 del proprio servizio medico, che, a sua volta, si è fondato sulla perizia pluridisciplinare del novembre 2014, l'interessata è affetta da disturbo somatoforme, ma non sussiste alcuna componente psichiatrica severa, intensa, marcata o duratura. La stessa è stata ritenuta abile al lavoro a far tempo dal 23 settembre 2014. L'UAIE ha poi precisato che, con rapporto del 16 novembre 2015, il proprio servizio medico ha preso posizione sulla perizia pluridisciplinare del novembre 2014 secondo i dettami della giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla sentenza DTF 141 V 281 concernente l'esame del diritto a una rendita d'invalidità in presenza di disturbo somatoforme e analoghi dolori psicosomatici, rilevando che le diagnosi poste sono motivate in modo convincente e le conclusioni degli esperti possono essere confermate alla luce dei nuovi indicatori standards. Infine, ha osservato che l'insorgente non ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 10).

G.

Con provvedimento del 7 dicembre 2015 (notificato il 14 dicembre 2015; doc. TAF 12), il Tribunale amministrativo federale ha trasmesso alla ricorrente la risposta al ricorso dell'autorità inferiore del 30 novembre 2015, unitamente al rapporto del servizio medico dell'UAIE del 16 novembre 2015 ed a copia dei documenti dell'incarto dell'UAIE menzionati nella presa di posizione dell'autorità inferiore, e le ha concesso la facoltà di pronunciarsi in merito alle osservazioni dell'autorità inferiore (doc. TAF 11), facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso.

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF) rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 e relativi riferimenti).

2.5 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). Al caso in esame si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme

della 6a revisione della LAI (DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

4.

L'UAIE ha reso il 18 maggio 2015 una decisione di revisione, in virtù della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, della rendita d'invalidità fino ad allora accordata alla ricorrente.

4.1

4.1.1 La lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI prevede che le rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata sono riesaminate entro tre anni dall'entrata in vigore, al 1° gennaio 2012, della menzionata modifica e ridotte o soppresse, se le condizioni di cui all'art. 7 LPGA non sono soddisfatte, in quanto l'incapacità al lavoro è obiettivamente superabile, anche in assenza di un cambiamento notevole, ai sensi dell'art. 17 LPGA, dello stato di salute o della situazione lavorativa rispetto al momento in cui la rendita è stata assegnata (DTF 139 V 547 consid. 2.1).

4.1.2 Finora secondo giurisprudenza, i disturbi da dolore somatoforme, la fibromialgia, l'anestesia e la perdita sensoriale dissociative, la sindrome da fatica cronica, la nevralgia, i disturbi dissociativi dell'attività motoria, l'ipersonnia non organica, la modifica duratura della personalità per sindrome da dolore cronico ed il traumatismo cervicale di contraccolpo (colpo di frusta) sono considerate sindromi senza patogenesi o eziologia chiare (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 e 139 V 547 consid. 2.2). Non sono considerati, per contro, sindromi senza patogenesi o eziologia chiare, i disturbi per i quali può essere formulata una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici, quali ad esempio le depressioni, la schizofrenia, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi dell'alimentazione, i disturbi ansioso-fobici od i disturbi della personalità (DTF 139 V 547 consid. 7.1.4; Circolare dell'UFAS sulle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI cifra 1002 seg).

4.1.3 Una rendita d'invalidità può essere ridotta o soppressa, ai sensi della menzionata lett. a delle disposizioni finali, se è stata assegnata in base ad una diagnosi di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata e questo quadro clinico sussiste al momento della revisione (DTF 139 V 547 consid. 10.1.1 e 10.1.2). Una sindrome

senza patogenesi o eziologia chiare può talvolta avere anche una causa organica. Tuttavia, l'applicabilità delle disposizioni finali dipende dal danno alla salute determinante per la concessione della rendita (sentenza del TF 9C_379/2013 consid. 3.2).

4.1.4 Qualora una rendita d'invalidità sia stata assegnata non solo per disturbi non chiari, ma anche per disturbi spiegabili, alla valutazione delle sindromi non chiare è applicabile l'indicata lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali. Una revisione ai sensi delle disposizioni finali è tuttavia possibile solo laddove i disturbi spiegabili possono essere separati da quelli non chiari, nel senso che sono state determinate le rispettive incapacità lavorative (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3).

4.1.5 Il cpv. 4 della lett. a delle suddette disposizioni finali stabilisce peraltro che non sottostanno ad un riesame le rendite d'invalidità delle persone che al momento dell'entrata in vigore della suddetta modifica hanno compiuto i 55 anni o che al momento in cui è avviata la procedura di riesame percepiscono una rendita d'invalidità svizzera da oltre 15 anni (DTF 139 V 547 consid. 9.3). Secondo giurisprudenza, per calcolare da quanti anni una rendita d'invalidità è versata, determinante è la data dell'inizio del diritto alla rendita e non la data della decisione di assegnazione della rendita (DTF 139 V 442 consid. 3 e 4). Con l'espressione "al momento in cui è avviata la procedura di revisione", si intende il momento in cui, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, la revisione è stata effettivamente iniziata, ma non il momento in cui l'Ufficio AI ha informato l'assicurato che la rendita d'invalidità sarebbe stata soppressa (sentenze del TF 8C_576/2014 del 20 novembre 2014 consid. 4.3.2 e 8C_773/2013 del 6 marzo 2014 consid. 4.3.2). Inoltre, se la procedura di revisione è stata avviata prima del 1° gennaio 2012, data dell'entrata in vigore delle disposizioni finali, questa data costituisce il punto di collegamento fittizio per stabilire la durata determinante della riscossione della rendita (DTF 140 V 15 consid. 5.3.5 e sentenza del TF 8C_576/2014 consid. 4.3.2).

4.1.6

4.1.6.1 Infine, secondo il cpv. 2 lett. a delle disposizioni finali, l'assicurato la cui rendita è ridotta o soppressa ha diritto ai provvedimenti di reintegrazione di cui all'art. 8a LAI. Durante l'esecuzione dei provvedimenti di reintegrazione, l'assicurato continua a percepire la rendita fino alla conclusione degli stessi, ma al massimo per due anni dal momento della riduzione o soppressione della rendita (cpv. 3 lett. a delle disposizioni finali).

4.1.6.2 Nella sentenza 8C_773/2013 del 6 marzo 2014, il Tribunale federale ha sottolineato che, nell'ambito della revisione di una rendita in virtù della lett. a delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, l'esame medico specialistico fornisce un importante elemento di giudizio per determinare se un disturbo psichico sia oggettivabile, o meno, dal profilo patologico ed eziologico. Gli esperti devono in particolare spiegare per quale motivo è stata diagnosticata una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare. Devono altresì accertare se lo stato di salute sia eventualmente peggiorato dal momento in cui è stata attribuita la rendita e se, oltre ai disturbi non oggettivabili, si possa formulare una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici. L'esame medico deve inoltre fornire un quadro aggiornato della situazione dell'assicurato al momento della revisione e rispondere alle questioni giuridicamente rilevanti. In presenza di un siffatto accertamento medico, solo dopo aver effettuato un tentativo di (re)integrazione sul mercato equilibrato del lavoro, l'Ufficio AI potrà decidere se sia esigibile per l'assicurato la ripresa di un'attività lucrativa, conto tenuto altresì dei fattori soggettivi ed oggettivi del caso, fra i quali, segnatamente l'età e la durata dell'incapacità di guadagno (sentenza del TF 8C_773/2014 consid. 4.3.1 e 4.3.2 nonché DTF 139 V 547 consid. 9.2 e 10.1.2, v. anche la sentenza del TAF C-3804/2014 del 21 settembre 2015 consid. 7).

5.

5.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 139 V 496 consid. 4.4 e 137 V 64 consid. 2).

5.2 Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del TF 8C_632/2013 del 18 febbraio 2014 consid. 1.2). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se

l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del TF 9C_66/2013 del 1° luglio 2013 consid. 4 nonché relativi riferimenti).

5.3 Una perizia psichiatrica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5 e 130 V 353 consid. 2.2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

5.4 Secondo una giurisprudenza del Tribunale federale, risalente al 2004, i disturbi da dolore somatoforme ed i disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi potevano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili e non erano atti a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettibile di cagionare un'invalidità. In tale ambito, una persona era ritenuta incapace di fare simili sforzi ed era considerata invalida solo qualora presentava una comorbidità psichica importante ed adempiva determinati criteri (detti di Förster; DTF 132 V 65 consid. 4 e 130 V 352 consid. 2.2.3).

5.5 Con la sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (questa presunzione implicava peraltro il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

5.6 Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (consid. 4.1.3):

- A. Categoria "gravità funzionale"
 - a. Complesso "danno alla salute"
 - i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi
 - ii. Successo od insuccesso del trattamento
 - iii. Successo od insuccesso della reintegrazione
 - iv. Comorbidità
 - b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali)
 - c. Complesso "contesto sociale"

- B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento)
 - a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili
 - b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie. Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (consid. 4.1.1 e 4.3).

5.7 Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisognerà tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità (consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (consid. 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (consid. 4.4 a 4.4.2).

5.8 Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (consid. 3.7.2).

5.9 Nella sentenza 9C_899/2014 del 29 giugno 2015, il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, conto tenuto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (sentenze del TF 9C_492/2014 consid. 6 e 9C_899/2014 consid. 3.2).

5.10 Quanto agli effetti transitori della nuova giurisprudenza, il Tribunale federale ha osservato che la giurisprudenza concernente i requisiti di una perizia medica, di cui alla DTF 137 V 210 consid. 6, mantiene la propria validità, nel senso che le perizie mediche eseguite secondo i precedenti criteri non perdono necessariamente il loro valore probatorio. Nel singolo caso, occorre però esaminare, conto tenuto delle particolarità del caso e delle censure sollevate, se i documenti medici agli atti permettono una valutazione convincente del caso secondo gli indicatori stabiliti. Se del caso, un complemento della perizia medica può essere sufficiente (DTF 141 V 281 consid.).

6.

Questo Tribunale rileva, preliminarmente, che l'Ufficio AI del Cantone B._____ nel giugno del 2001 ha ritenuto che, da sana, l'insorgente avrebbe consacrato la sua attività ad un'occupazione lucrativa all'80% e si

sarebbe dedicata all'economia domestica per il restante 20% (doc. 14). Benché tale valutazione, perlomeno sulla base degli atti dell'incarico dell'autorità inferiore, appaia opinabile – da un lato, la ricorrente avendo indicato che, da sana, avrebbe lavorato almeno all'80% se non al 100% e che tra il 1996 ed il 1997 è stata occupata presso un chiosco per 4 ore al mattino e come addetta alle pulizie e portinaia per 3-4 ore al pomeriggio e, dall'altro, l'Ufficio AI non essendo riuscito a reperire il certificato di salario ed il questionario del datore di lavoro per l'attività svolta presso il chiosco (doc. 14) – essa è rimasta incontestata in questa sede e non appare su questo punto giustificarsi un intervento d'ufficio da parte di questo Tribunale.

7.

Nel caso in esame, per quanto emerge dalle carte processuali al loro stato attuale e per i motivi indicati di seguito, non è possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sulle affezioni di cui soffre la ricorrente rispettivamente sulla loro incidenza sulla residua capacità lavorativa e capacità a svolgere le consuete mansioni domestiche.

7.1 Secondo l'autorità inferiore, la rendita assegnata alla ricorrente nel 2001 lo è stata sulla base di affezioni senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata, la medesima soffrendo vuoi di uno stato di dolore diffuso da intendersi come estensione e cronicizzazione dei sintomi (v. i rapporti del novembre 2008 ed agosto 2009 del dott. F._____, medico dell'UAIE [doc. 33 e 51]) vuoi di disturbi da dolore somatoforme e di una fibromialgia (v. il rapporto del settembre 2012 del dott. C._____, medico dell'UAIE [doc. 54]).

7.2 Questo Tribunale rileva che nel rapporto del 9 maggio 2001 dell'Ospedale universitario di B._____, e nel rapporto reumatologico dell'11 maggio 2001 del dott. G._____, (doc. 11 e 12; rapporti su cui era basata la decisione dell'ottobre 2001), è stato segnalato che l'insorgente soffriva di cervicobrachialgie a sinistra nel contesto di una compressione radicolare C6-C7, tendinopatia del muscolo sottospinoso e talalgie inferiori a destra. L'esame clinico evidenziava una discreta ipoestesia all'arto superiore sinistro ed una leggera zoppia a destra. Un referto di risonanza magnetica mostrava un'inserzionite dell'aponeurosi plantare senza segni per rottura. Non erano rilevabili elementi clinici atti ad oggettivare la presenza di un reumatismo infiammatorio (spondiloartropatia). Il trattamento conservativo fisioterapeutico e farmacologico non aveva apportato alcun miglioramento. Secondo i medici, l'insorgente presentava una completa incapacità al lavoro nell'attività abituale ed in un'attività sostitutiva adeguata.

7.3 Ora, la rendita intera assegnata alla ricorrente nel 2001 non lo è stata, come ritenuto dall'UAIE, sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata, ma in virtù di precise affezioni di natura neurologica e reumatologica. Non sono dunque adempiuti i presupposti per poter procedere, come effettuato dall'UAIE, alla revisione, ai sensi della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, della rendita d'invalidità allora accordata all'insorgente (quanto al periodo di riferimento, cfr. consid. 10.2 del presente giudizio).

8.

Prima di accogliere il gravame, annullare la decisione impugnata e riformarla nel senso che l'insorgente continuerà a beneficiare di una rendita intera (perlomeno fino alla data della decisione impugnata), va esaminato se il provvedimento impugnato possa essere confermato mediante sostituzione dei motivi. Una sostituzione dei motivi è in generale ammissibile solo allorquando la decisione impugnata possa in ogni caso e senza ombra di dubbio venire confermata nel risultato sulla base di un'altra motivazione. Occorre altresì che gli atti di causa siano completi o comunque sufficienti a statuire e che la motivazione sostitutiva si basi su fatti noti alla parte e su norme giuridiche di cui poteva, perlomeno, supporre la pertinenza (sentenza del TF 8C_680/2014 del 16 marzo 2015 consid. 3.2 e relativi riferimenti; v. pure DTF 120 la 220 consid. 3d e 112 la 129 consid. 3c). Nel caso concreto, tali requisiti non sono adempiuti per i motivi indicati di seguito.

9.

9.1 Secondo l'art. 53 cpv. 2 LPGA, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e la loro rettifica ha una notevole importanza. Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa sarebbe senza dubbio erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata resa prendendo in considerazione la prassi allora in vigore, fermo restando che un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione. Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione, giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGA, diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni (di lunga durata), l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi aspetti o elementi e se la decisione iniziale appare sostenibile alla luce della situazione di fatto e

di diritto. In altri termini, la via della riconsiderazione è adempiuta soltanto se non vi è alcun dubbio sull'erroneità della decisione iniziale e se la ritenuta erroneità configura la sola valutazione possibile alla luce dei fatti e delle disposizioni legali applicabili (DTF 138 V 324 consid. 3.3 e relativi riferimenti; sentenza del TF 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 6.1 e 6.2). Qualora l'erroneità della decisione iniziale sia constatata solo in fase giudiziaria, il giudice può tutelare con sostituzione dei motivi il provvedimento di revisione reso (a torto) dall'amministrazione conformemente all'art. 17 LPGa (DTF 125 V 368 consid. 2; sentenza del TF I 674/04 del 27 gennaio 2006 consid. 3.2). Allorquando il giudice procede alla sostituzione dei motivi, ciò implica di principio un doppio esame, concernente la verifica, da un lato, del carattere manifestamente errato della decisione iniziale e, dall'altro, della situazione esistente al momento in cui la decisione su revisione è stata resa (cfr. sentenza del TF 9C_187/2007 del 30 aprile 2008 consid. 4.2).

9.2 Allo stato attuale degli atti di causa, non vi è motivo di ritenere che la decisione del 12 ottobre 2001 mediante la quale l'Ufficio AI del Canton B._____ ha riconosciuto all'insorgente il diritto ad una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° settembre 1999 fosse manifestamente errata (l'autorità inferiore neppure lo pretende). La documentazione medica agli atti – in particolare il rapporto del maggio 2001 dell'Ospedale universitario di B._____ (doc. 11) – giustificava, a non averne dubbio, la menzionata decisione dell'ottobre 2001 di attribuzione di una rendita intera. Questo Tribunale non ha pertanto motivo, sulla base delle risultanze processuali, di confermare la soppressione della rendita intera d'invalidità fino ad allora accordata per via di riconsiderazione.

10.

10.1 Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Secondo giurisprudenza, costituisce motivo di revisione della rendita ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da

un lato, la situazione di fatto di cui all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 140 V 514 consid. 5.2 e 133 V 108 consid. 5).

10.2 Il periodo di riferimento è quello intercorrente tra il 12 ottobre 2001, data della decisione dell'Ufficio AI del Canton B. _____ mediante la quale è stata accordata una rendita intera d'invalidità, e il 18 maggio 2015, data della decisione impugnata. Non può essere considerato quale periodo di riferimento quello intercorrente tra la comunicazione dell'Ufficio AI del Canton B. _____ del 17 settembre 2004, mediante la quale è stato confermato il diritto alla rendita intera d'invalidità, e la decisione impugnata del 18 maggio 2015. L'Ufficio AI si è infatti limitato ad assumere agli atti il rapporto del 13 agosto 2004 del medico curante (doc. 26), in cui è riferito di una fase più dolorosa, senza correlazione con riscontri medici oggettivi, e diagnosticato uno stato ansioso depressivo reattivo, ma in assenza d'informazioni sullo stato psichico. Il periodo di riferimento non può essere neppure quello intercorrente tra la comunicazione dell'UAIE del 31 agosto 2009, mediante la quale è stata confermata l'erogazione di una rendita intera d'invalidità, e la decisione impugnata del 18 maggio 2015. L'apprezzamento del medico dell'UAIE dell'agosto 2009 (doc. 51) sullo stato di salute non appare in effetti trovare una spiegazione convincente nella relazione psichiatrica del febbraio 2009, che fornisce informazioni sommarie sullo stato psichico, comporta una diagnosi – sindrome nevrasteniforme – senza riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico e non si pronuncia sulla residua capacità al lavoro (doc. 41) e neppure nel rapporto reumatologico del marzo 2009 che diagnostica un reumatismo fibromialgico con possibile correlazione con una sindrome ansioso depressiva, senza indicare una specifica incapacità lavorativa (doc. 42).

10.3

10.3.1 Nel rapporto del 9 maggio 2001 dell'Ospedale universitario di B. _____ e nel rapporto reumatologico dell'11 maggio 2001 (doc. 11 e 12), è stato segnalato che l'insorgente soffriva di cervicobrachialgie a sinistra nel contesto di una compressione radicolare C6-C7, tendinopatia del muscolo sottospinoso e talalgie inferiori a destra. L'esame clinico evidenziava una discreta ipoestesia all'arto superiore sinistro ed una leggera zoppia a destra. Un referto di risonanza magnetica mostrava un'inserzionite

dell'aponeurosi plantare senza segni per rottura. Non erano rilevabili elementi clinici atti ad oggettivare la presenza di un reumatismo infiammatorio. Secondo i medici, l'insorgente presentava una completa incapacità al lavoro nell'attività abituale ed in un'attività sostitutiva adeguata.

10.3.2 Nella perizia reumatologica del 2 ottobre 2014 (doc. 89 pag. 38), il dott. H. _____ ha rilevato che il quadro clinico che si è sviluppato dal 1997 è quello di una fibromialgia in relazione con una sindrome ansioso depressiva. L'insorgente presenta altresì delle alterazioni degenerative alla colonna cervicale con una sindrome cervicovertebrale e una componente cervicobrachiale a sinistra su alterazioni degenerative C5-C6 e C6-C7, una periartrite omero-scapolare tendinopatica della spalla sinistra, dei dolori nella zona lombare e lombo-sacrale, dei disturbi al ginocchio sinistro e dei dolori al piede e al calcagno sinistro con persistenza di uno sperone calcaneare all'esame radiologico. Secondo il dott. H. _____, non è ravvisabile, dal profilo reumatologico, alcuna limitazione della capacità lavorativa. Le alterazioni degenerative (alla colonna cervicale) sono solo in minima parte responsabili dei disturbi lamentati e non sono tali da provocare delle limitazioni funzionali significative. Il dott. H. _____ ha quindi ritenuto una completa capacità al lavoro sia nelle precedenti attività (di ausiliaria di pulizie e venditrice presso un chiosco) sia come casalinga. In merito a tale valutazione, non è tuttavia dato sapere per quale motivo il reumatologo abbia concluso ad una completa capacità al lavoro della ricorrente, malgrado non appare esservi stato, quanto alle affezioni reumatologiche, un cambiamento significativo dello stato di salute, l'insorgente soffrendo da anni di dolori cervicali e lombari con alterazioni degenerative già note e precedentemente diagnosticate, e sia subentrata una (nuova) affezione psicosomatica (una fibromialgia).

10.3.3 Questo Tribunale rileva poi che, a suo tempo, nel maggio 2001, l'insorgente pare essere stata sottoposta ad una valutazione neurologica. L'esame clinico effettuato aveva evidenziato la presenza di una compressione radicolare C6-C7. Non è però dato sapere, in virtù delle risultanze processuali, per quale motivo i dott. C. _____ e I. _____, medici dell'UAIE, abbiano ritenuto che una perizia neurologica non fosse necessaria (v. i rapporti del settembre 2012; doc. 54 e 56). La necessità, a 13 anni di distanza dal momento in cui nel 2001 è stata assegnata la rendita intera alla ricorrente, di effettuare una perizia sullo stato di salute neurologico dell'insorgente appariva tanto più necessaria ove solo si rilevi che la perizia reumatologica dell'ottobre 2014 riferisce di un disturbo della sensibilità al braccio destro con un quadro clinico che potrebbe essere quello di una sindrome del tunnel carpale (doc. 89 pag. 46), disturbo poi confermato

nel referto di elettromiografia del maggio 2015 (doc. 113), che conclude a reperti compatibili con una sindrome del tunnel carpale bilaterale di grado lieve con iniziali segni di danno neurogeno cronico.

10.3.4

10.3.4.1 Dal profilo psichico, nel rapporto del 9 maggio 2001 dell'Ospedale universitario di B._____ (doc. 11), non era stata oggettivata la presenza di alcun disturbo psichico. In un precedente rapporto psichiatrico del 15 aprile 1999 (doc. 6) era certo stato indicato che l'interessata seguiva una terapia, senza che fosse peraltro posta una diagnosi e fossero fornite delle indicazioni sullo stato psichico. I medici non avevano comunque ritenuto opportuno sottoporre la ricorrente ad una valutazione psichica. In siffatte circostanze, (eventuali) disturbi psichici assumevano un ruolo secondario ed apparivano relegati in secondo piano rispetto alle affezioni neurologiche e reumatologiche di cui soffriva l'insorgente.

10.3.4.2 Nella perizia psichiatrica del 3 ottobre 2014 (doc. 89 pag. 31), il dott. J._____ ha indicato che l'insorgente è affetta da sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4 secondo l'ICD 10) e personalità emotiva con tratti istrionici e sospetta reazione tendenziosa alla malattia. La ricorrente presenterebbe dei tratti di personalità istrionica che, oltre a giustificare la tendenza dimostrativa all'amplificazione della sofferenza corporea caratterizzata da algie diffuse all'apparato locomotore e alla bassa soglia di tolleranza del dolore, possono essere visti come l'elemento strutturale su cui poggiano problematiche riguardanti la corporeità intesa come sede delle manifestazioni di disturbo e crocevia di possibili conflitti intrapsichici irrisolti perduranti nel tempo. Non sarebbe ravvisabile un'affezione psicopatologica maggiore e sarebbe da escludere la presenza di una tendenza al ritiro sociale. Ciò sarebbe supportato dal fatto che la ricorrente appare ben integrata nel tessuto sociale e svolge un ruolo attivo all'interno della famiglia. Dal profilo psichico, il dott. J._____ ha concluso ad una capacità al lavoro del 90% in una qualsiasi attività lucrativa e ad una capacità del 100% nell'attività di casalinga (doc. 89 pag. 34 a 37).

10.3.4.3 Ora, la perizia psichiatrica non consente una valutazione dello stato di salute e degli effetti dell'affezione psicosomatica lamentata sulla capacità al lavoro dell'insorgente secondo gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 141 V 281; v. consid. 5.6 a 5.9 del presente giudizio). Il dott. J._____ non ha specificato per quale motivo ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente rispetto al quadro clinico esistente nel 2001. Nella perizia mancano poi, fra l'altro, le

necessarie informazioni sulle risorse personali della ricorrente in rapporto alla sua personalità e al contesto sociale in cui vive nonché sulla coerenza, dal punto di vista del comportamento, delle limitazioni funzionali fatte valere in tutti gli ambiti della vita. Il perito si è in effetti limitato a rilevare che, in assenza di una comorbidità psichica come pure di una tendenza al ritiro sociale, il disturbo da dolore somatoforme di cui soffre l'insorgente giustifica un'incapacità lavorativa del 10%. A questo proposito, ha precisato di essersi basato per la sua valutazione sulla (precedente) giurisprudenza del Tribunale federale, secondo cui i disturbi da dolore somatoforme potevano essere sormontati facendo gli sforzi ragionevolmente esigibili. Una persona era considerata invalida solo qualora adempiva determinati criteri (detti di Förster; v. DTF 132 V 65 consid. 4.2.2 e 130 V 353 consid. 2.2.3), che, per loro intensità e costanza, rendevano la persona incapace di fare simili sforzi, criteri questi che, secondo il perito, non sono adempiti, facendo difetto la presenza di una patologia psichica e di un ritiro sociale. Non è dunque dato sapere, per quale motivo il dott. J._____ abbia concluso per la ricorrente ad un'inabilità lavorativa del 10% in una qualsiasi attività lucrativa (v., sulla questione, anche il rapporto del 15 gennaio 2015 dello psichiatra dott. D._____, medico dell'UAIE [doc. 96], secondo cui, non essendo desumibile la presenza di una comorbidità psichica e neppure una perdita di integrazione sociale, la ricorrente dispone delle capacità per sormontare i disturbi psicosomatici e presenta una completa capacità al lavoro nella precedente attività ed in un'attività confacente allo stato di salute).

10.3.4.4 Inoltre, quanto al rapporto del 16 novembre 2015 della psichiatra dott.ssa E._____, medico dell'UAIE (doc. TAF 10), che ha confermato – sulla base dei dettami della giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla sentenza DTF 141 V 281 concernente l'esame del diritto a una rendita d'invalidità in presenza di disturbo somatoforme (v. consid. 5.6 a 5.9 del presente giudizio) – le conclusioni della perizia psichiatrica del 3 ottobre 2014, va rilevato che la stessa non spiega per quale motivo, contrariamente a quanto ritenuto dal dott. J._____, ha diagnosticato (anche) un disturbo misto ansioso depressivo (F 42.1 secondo l'ICD 10) e perché quest'ultima affezione sarebbe senza influsso sulla capacità lavorativa. Quanto poi all'affermazione, secondo cui la ricorrente assumerebbe una terapia farmacologica (con antidepressivo ed ansiolitico), la perizia psichiatrica riferisce che agli esami di laboratorio non è stata rilevata alcuna traccia degli psicofarmaci prescritti (doc. 89 pag. 34), senza che siano peraltro state poste indicazioni sugli effetti della terapia a cui l'insorgente sarebbe sottoposta. Non è poi dato sapere per quale motivo la dott.ssa E._____ abbia concluso per la ricorrente ad un'incapacità al lavoro del 10%, e ciò a prescindere dal fatto che la conclusione appare coincidere con quella della

perizia psichiatrica del dott. J. _____ (lo psichiatra medico dell'UAIE dott. D. _____ avendo per contro ritenuto una capacità al lavoro del 100% in una qualsiasi attività lucrativa).

10.4 Infine, nella perizia pluridisciplinare del 27 novembre 2014 del SAM, i medici hanno segnalato che la ricorrente ha presentato all'esame peritale dei documenti pneumologici relativi a una sindrome bronco-ostruttiva/possibile asma bronchiale in trattamento dal 2012 (doc. 89 pag. 54 a 56, 62 a 64, 67 e 69). A tal proposito, hanno precisato che, conto tenuto della breve permanenza della stessa presso il SAM, non sono riusciti ad organizzare gli accertamenti strumentali (funzione polmonare completa, ergospirometria) ed il relativo consulto specialistico. Si sono limitati ad una valutazione clinica dello stato polmonare dell'insorgente. All'esame clinico, hanno constatato dei modici segni di spasticità bronchiale. Indicano poi che la medesima è stata colta da un'insistente tosse al momento di salutare tale da impedirle di dialogare. Questa tosse stizzosa si è poi manifestata durante la prima fase del colloquio ed è scomparsa dopo un trattamento di inalazione. Secondo i medici del SAM, con il trattamento prescritto (si sono però chiesti se la ricorrente sia veramente assidua nell'aderenza terapeutica), la possibile asma bronchiale risulta ben controllata e potenzialmente stazionaria. Hanno quindi reputato che, dal profilo pneumologico, non sono più esigibili tutte le attività professionali a contatto con agenti irritativi delle vie respiratorie (polveri, ma anche agenti chimici irritativi; doc. 89 pag. 7 e 23). In siffatte circostanze, non vi è motivo di ritenere siccome infondata la valutazione pneumologica effettuata nell'ambito della perizia in questione, tanto più ove si rilevi che il rapporto pneumologico del luglio 2015 conferma la diagnosi di asma bronchiale e il relativo referto di spirometria conclude ad una restrizione lieve (doc. TAF 6).

10.5 Da quanto esposto, e allo stato attuale degli atti di causa, consegue che dalla perizia pluridisciplinare del 27 novembre 2014 nel suo insieme non appare però dimostrato nel senso della probabilità preponderante un miglioramento significativo dello stato di salute rispettivamente un minor impatto di un invariato stato di salute sulla capacità lavorativa suscettibile di legittimare una revisione della rendita intera d'invalidità, ai sensi dell'art. 17 LPG. Basti ribadire che manca totalmente l'accertamento in merito all'esistenza di una problematica neurologica suscettibile di incidere in modo significativo sulla residua capacità lavorativa.

11.

Quanto all'impedimento a svolgere le mansioni consuete, nella fattispecie

quelle di casalinga, l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività da attuare di principio mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97). Tale inchiesta non è stata esperita, senza che l'autorità inferiore si sia minimamente espressa sul motivo per cui fosse possibile rinunciare nel caso concreto (v., sulla questione, la sentenza del TF I 733/06 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.2; v. pure la sentenza del TF 9C_784/2008 del 6 novembre 2008 consid. 4.2.1 e relativi riferimenti, tra cui segnatamente il consid. 5.2.1 della sentenza del TF I 246/05 del 30 ottobre 2007 non pubblicato in DTF 134 V 9). Tuttavia, a prescindere dalla questione di sapere se nella fattispecie in esame fosse eccezionalmente ammesso rinunciare ad un'inchiesta domiciliare conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale, occorre rilevare che nell'ambito della procedura di revisione del diritto alla rendita, non è stato fatto compilare alla ricorrente un questionario per assicurati occupati nell'economia domestica. Agli atti non è altresì rintracciabile alcun documento medico – o di altro operatore qualificato – che risponda alle esigenze giurisprudenziali e che concluda in modo esauriente ad una residua capacità della ricorrente a svolgere le abituali mansioni domestiche. Va altresì notato che sulla questione della residua capacità ad esercitare le consuete mansioni domestiche non vi è stato perlomeno un colloquio o uno scambio di opinioni scritto tra l'insorgente e un medico incaricato dell'UAIE (v., anche su questa questione, la sentenza del TF I 733/06 consid. 4.2.2 nonché le sentenze del TAF C-6371/2014 del 29 settembre 2016 consid. 10.1, C-3179/2011 del 4 marzo 2013 consid. 7, in particolare 7.3, e C-4400/2010 del 4 gennaio 2012 consid. 12.3.1). A tal proposito, la ricorrente ha riferito che si occupa del riordino in casa e prepara il pasto di mezzogiorno, ma che non si ritiene più in grado di svolgere le attività casalinghe pesanti e non ha più la forza di occuparsi dell'orto vicino a casa, nemmeno di cogliere frutta e legumi, attività che lascia al marito o al figlio (v. anamnesi personale e descrizione della giornata, capitoli 3.2 e 7.3 della perizia pluridisciplinare del novembre 2014; doc. 89 pag. 9 e 15). In altri termini, l'istruttoria di causa non adempie manifestamente i criteri giurisprudenziali di cui alla sentenza del Tribunale federale I 733/06 del 16 luglio 2007, anche nella misura in cui si dovesse ritenere ammissibile nel caso di specie una rinuncia all'inchiesta domiciliare.

12.

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

13.

13.1 Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (v. sentenza del TAF C-6034/2013 del 3 ottobre 2016 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

13.2 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente una perizia pluridisciplinare neurologica, reumatologica e psichiatrica (v., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [nel senso dell'effettuazione di una perizia neurologica necessaria mai effettuata e del complemento/chiarimento della perizia reumatologica del 2 ottobre 2014 e della perizia psichiatrica del 3 ottobre 2014] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3), nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse ancora rendere necessario (per esempio dal profilo pneumologico). Per il resto, e a seconda del risultato di tale istruttoria complementare, l'UAIE dovrà in particolare eseguire un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute, effettuare un'inchiesta domiciliare o, in caso di rinuncia giustificata, procedere secondo i dettami della citata giurisprudenza del Tribunale federale (sentenza del TF I 733/2006 del 16 luglio 2007), stabilire il grado d'invalidità complessivo, in funzione dell'impedimento nell'esercizio di un'attività lucrativa e nello svolgimento dell'attività di casalinga, nonché determinare il momento a partire dal quale decorre un'eventuale modifica della rendita.

13.3 Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (v., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 18 maggio 2015 l'autorità inferiore ha

deciso di sopprimere, con effetto al 1° luglio 2015, la rendita intera d'invalidità versata fino ad allora. Non era pertanto necessario conferire alla ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

14.

14.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 16 agosto 2015, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

14.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatarari professionali, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'000.- (senza IVA; v., sulla questione, la sentenza del TAF C-6371/2014 del 29 settembre 2016 consid. 12.2), tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dai patrocinatori della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 18 maggio 2015 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto il 16 agosto 2015, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 2'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentanti della ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: